

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — No 111

LE CANCER PRIMITIF DE LA TROMPE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Roger-Alphonse MAGNE

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales

Né à Bagnac (Lot), le 17 Décembre 1907

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur,.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur....	<i>Juges</i>
		LOUBAT, agrège.....	
		DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6. Place Fernand-Lafargue

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — N° 111

LE CANCER PRIMITIF DE LA TROMPE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Roger-Alphonse MAGNE

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales

Né à Bagnac (Lot), le 17 Décembre 1907

Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
	DUVERGEY, professeur.....	{ <i>Juges</i>
	LOUBAT, agrégé.....	
	DAMADE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6. Place Fernand-Lafargue

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants ..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIE.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY.
Physiologie	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS	id.	LOUBAT.
Médecine générale	N.	Obstétrique	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIÈRE.
id.	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
Maladies mentales	PERRENS		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements	PERY.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			
id.			
Clinique dentaire			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A qui je dois tout et qui furent toujours
pour moi des exemples de courage et de
dévouement, j'adresse l'hommage respec-
tueux et filial de ma profonde tendresse.

A MES FRERES ET A MA BELLE-SOEUR

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Officier de l'Instruction Publique,
Croix de Guerre,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Directeur de l'Ecole de Santé Navale.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre et décoré de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction Publique.*

J'adresse l'hommage de ma profonde
reconnaissance.

LE CANCER PRIMITIF DE LA TROMPE

INTRODUCTION

L'épithélioma primitif de la trompe est une affection extrêmement rare. Connue depuis longtemps, la littérature chirurgicale en contient environ trois cents cas. Certains, d'ailleurs, sont douteux, mais largement compensés sans doute par ceux dont le diagnostic n'a pas été fait.

Comme il serait fastidieux de rapporter ici toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, nous nous sommes permis de ne choisir que celles qui présentent un grand intérêt et représentent le mieux les différents types cliniques et anatomopathologiques du cancer tubaire.

M. le professeur Guyot eut l'occasion d'opérer hors de son service de clinique gynécologique, une femme chez laquelle le diagnostic de pelvipéritonite chronique avait été porté. Après laparatomie et examen histologique des lésions, on constata qu'il s'agissait d'un cancer tubaire primitif.

Les renseignements très intéressants fournis par l'intervention et l'examen des pièces opératoires nous ont suggéré l'idée de consacrer notre thèse à cette étude.

M. le professeur Guyot a eu l'extrême obligeance de nous confier une observation inédite et de nous aider de conseils précieux. Aussi je me fais un devoir de terminer cet avant-propos en lui adressant l'expression de ma vive gratitude.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur J. GUYOT.)

M^{me} A..., 40 ans, est adressée à M. le professeur J. Guyot par son médecin, le docteur D.... La malade se plaint de douleurs siégeant dans les côtés et le bas-ventre. Le toucher vaginal permettait de noter de l'infiltration péri-utérine.

Antécédents : Réglée à 13 ans. Règles normales. Mariée à 25 ans. Ni grossesse ni avortement. Pas d'antécédents personnels ou héréditaires notables.

Histoire de la maladie : Depuis cinq ou six mois les règles sont plus abondantes et durent plus longtemps; pas de pertes blanches. La malade souffre des reins et du bas-ventre.

A l'examen on note une santé générale d'apparence floride. Paroi abdominale adipeuse. Au toucher vaginal, col normal, utérus gros et peu mobile. A droite, masse très dure, douloureuse. On porte le diagnostic de métrite ancienne avec pyosalpinx du côté droit.

Opération : Sous anesthésie à l'Ombredanne, on constate que l'utérus est entouré d'une gangue d'une dureté ligneuse et très adhérente à l'anse sigmoïde : on isole une bosselure de la trompe et la tumeur étant inextirpable on referme.

La malade meurt au bout de plusieurs mois dans des souffrances considérables que la morphine à doses élevées n'arrivait pas à calmer,

Anathomie pathologique : L'examen de la biopsie pratiquée par MM. Bonnard et Piéchaud permet de conclure à un épithélioma primitif de la trompe.

*
* *

OBSERVATION II

(COTTE J., *Lyon Médical*, mai-juin 1932.)

M. Cotte, après avoir fait une présentation de pièce, expose ainsi le cas de sa malade :

Cette pièce, dit-il, a été recueillie, il y a quarante-huit heures, chez une malade de 58 ans, qui n'avait jamais eu d'enfant. Ses règles s'étaient arrêtées depuis six ans. Pendant toute sa vie sexuelle, elle n'avait jamais eu aucun trouble dans la sphère génitale. Au mois de février 1930, elle avait commencé à avoir une leucorrhée très abondante, mais non sanguinolente. La malade entra au mois d'avril suivant dans mon service, où le docteur Rochet, qui me remplaçait, suspectant un néoplasme du corps fit une exploration intra-utérine qui resta négative. L'examen gynécologique, rendu difficile en raison de l'obésité de la malade, était lui aussi négatif.

Dans les mois qui suivirent, les pertes continuant, la malade essaya différents traitements qui, tous, restèrent sans résultats. A cela vinrent s'ajouter des tiraillements dans le ventre et des phénomènes douloureux pour lesquels elle se décida à revenir consulter. A l'examen je trouvai une petite masse kystique, molle, du volume du poing, dans le côté gauche du pelvis, que j'interprétai comme une tumeur kystique de l'ovaire. Il n'y avait pas d'ascite.

L'intervention faite le 12 janvier dernier sous rachianesthésie montra qu'il s'agissait d'un épithélioma végétant de la trompe gauche, ce qui m'amena à faire une hystérectomie totale.

Au point de vue macroscopique cette tumeur offre les caractères classiques des épithéliomas de la trompe, la muqueuse est

remplacée par des masses bourgeonnantes recouvertes en certains points de débris sphacelés. La cavité elle-même était remplie par un liquide sanieux, roussâtre.

Les lésions s'arrêtent en-dedans au niveau de la partie isthmique. En dehors elles vont jusqu'à l'ovaire qui adhère au pavillon tubaire complètement fermé et dont le volume atteint celui d'une petite aubergine. Au point de vue histologique il s'agit d'un épithélioma très atypique à caractères papillaires avec des mitoses anarchiques très nombreuses.

Cette observation ne nous apporte aucun caractère clinique nouveau, mais nous permet de tirer les conclusions suivantes :

I. — Combien peut être trompeuse et aléatoire l'exploration intra-utérine et par conséquent elle ne permet pas de nier un cancer de la sphère génitale.

II. — Qu'étant donné la difficulté de faire le diagnostic de cancer, soit parce qu'on n'y pense pas, soit par l'absence de signes cliniques caractéristiques, chez une vieille femme ayant dépassé la ménopause, en présence de pertes anormales, tenaces et abondantes, accompagnées de phénomènes douloureux, il faut songer à un cancer de l'appareil génital, et si, par les procédés d'exploration ordinaire, on ne parvient pas à porter un diagnostic, il faut savoir envisager la possibilité d'un cancer de la trompe et, dans tous les cas, pratiquer une laparatomie.

*
**

OBSERVATION III

(SENCERT, *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris 1912, tome I, p. 398.)
Epithélioma à type papillaire de la trompe,

Femme de 38 ans, mariée, deux enfants, se plaignant de douleurs abdominales et pelviennes très vives, qui, depuis quelque temps, ne lui laissent aucun repos.

Rien de spécial dans ses antécédents. Grossesses normales, la dernière il y a huit ans.

Il y a deux ans, pour la première fois, apparition de douleurs dans le bas-ventre et le bassin, puis survenant tous les deux ou trois mois et durant de huit à quinze jours. Dès cette époque elles étaient accompagnées d'un flux leucorrhéique intermittent. Ces douleurs apparaissent sous forme de crises, de coliques siégeant dans le bas-ventre et irradiant dans les lombes. La menstruation n'était d'abord que très peu modifiée, légèrement augmentée en quantité et en durée. La leucorrhée intermenstruelle est devenue peu à peu très abondante. A l'entrée à l'hôpital cette femme, jadis robuste, se plaint d'être fatiguée, sans force et d'avoir beaucoup maigri. Elle attire notre attention sur les symptômes capitaux de sa maladie : douleurs intermittentes, coliques et leucorrhée intermittente. En réalité cette leucorrhée constitue plutôt des pertes aqueuses intermittentes, parfois très abondantes et légèrement teintées de sang.

A l'examen, ventre plat, souple, sans trace de circulation collatérale. Au palper on perçoit à droite, accolée au détroit supérieur du bassin et perceptible seulement à la partie interne de la fosse iliaque droite, une masse de forme et de consistance régulières, arrondie, dure, fixe.

Par le toucher vaginal, on se rend compte que l'utérus est légèrement abaissé; dans le cul-de-sac latéral droit et dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur, de forme régulière, accolée à l'utérus avec lequel elle semble faire corps. Par le palper bimanuel, on se rend compte que cette masse, bien qu'intimement accolée à l'utérus en est indépendante; qu'elle a les dimensions d'une orange, qu'elle est dure, fixe et douloureuse à la pression.

Diagnostic : Annexité, mais on fait des réserves à cause de l'apparition tardive des phénomènes douloureux et des pertes; loin de toute période puerpérale ou gonococcique.

Opération : Tumeur pelvienne droite, de la grosseur du poing, qui a refoulé les annexes gauches et l'utérus sains contre la paroi pelvienne gauche. L'ovaire droit, refoulé contre le sacrum, paraît normal.

Hytérectomie totale laborieuse, en raison de l'adhérence de la tumeur à la paroi pelvienne, que l'on doit dépéritoniser. Drain vaginal. Péritonisation haute. Guérison.

Examen de la pièce : Rien de spécial à l'utérus et aux annexes gauches.

La trompe droite, siège de la tumeur, mesure 9 cm. de long sur 7 cm. de largeur et est de forme cylindrique. La pression fait sourdre par l'ostium utérinum un liquide visqueux, légèrement teinté de sang, rappelant le contenu des kystes multiloculaires de l'ovaire. La paroi externe est lisse, non perforée, et présente des noyaux intra pariétaux. L'intérieur de la trompe ainsi distendue est rempli de masses papillomateuses, de végétations papillaires adhérentes aux parois tubaires et remplissant toute la cavité distendue. Implantées sur toute la surface de la trompe, les végétations en chou-fleur baignent par leur sommet dans un liquide visqueux légèrement sanguinolent.

Au point de vue histologique proprement dit, ces productions papillaires sont constituées par un axe conjonctivo-vasculaire, autour duquel se disposent des assises de cellules épithéliales. Le caractère malin de la tumeur est nettement démontré par la présence d'éléments épithéliaux atypiques.

*
* *

OBSERVATION IV

(FAVREAU, Thèse de Paris, 1924.)

M^{me} G..., 55 ans, a toujours eu une bonne santé. Réglée à quatorze ans, elle s'est mariée à vingt-quatre ans et a eu six enfants. Pas de fausses couches et à aucun moment de sa vie, elle n'a souffert au niveau des annexes.

L'interrogatoire ne révèle aucun passé salpingien et l'intervention montre l'intégrité de tout l'appareil génital en dehors de la trompe néophasique. Ménopause à cinquante et un ans, à cinquante-cinq ans, les pertes réapparaissent, continues, parfois franchement sanglantes, quelquefois à peine roussâtres. L'utérus est de volume légèrement hypertrophique. Il semble volumineux dans la région du fond et en rétroflexion légère. Mobilité parfaite.

Le diagnostic porté fut : Néoplasme de la cavité utérine. L'opération est décidée.

Intervention en 1921. La malade est en bonne santé.

Anatomie pathologique :

L'utérus, sain, est en position normale. La trompe gauche est très adhérente à l'utérus. Par son ouverture abdominale sortent des bourgeons mous, œdémateux, rosés. Cette trompe saignant par l'estium uterinum en imposait pour un cancer du corps.

L'examen histologique montra qu'on avait affaire à un cancer de la trompe. Cette erreur n'a ici qu'une importante théorique, car, pratiquement, cancer du corps et cancer tubaire sont justiciables du même traitement chirurgical.

*
**

OBSERVATION V

(CÉSAR, *Bulletin de la Société Anatom. de Paris*, 1914, p. 169.)

La malade n° 6 de la salle Saint-Raymond se plaint, depuis trois mois, de douleurs au bas-ventre et à la région lombaire. Règles normales. Au toucher, on sentait une grosse masse rénitente qui bombait dans le cul-de-sac gauche.

Laparatomie : Une tumeur d'un volume considérable remplit le côté gauche du petit bassin. Les annexes sont méconnaissables. On détruit les nombreuses adhérences et on fait une hystérectomie totale. Drainage vaginal. Péritonisation.

Trois semaines après, la malade sort de l'hôpital en bonne santé apparente. Anatomie pathologique.

La trompe gauche incisée contient des globules de pus et des bâtonnets, gardant le gram, de nature indéterminée. Un fragment de tissu montre des cellules sphacélées et au milieu de ces cellules, une infiltration de polynucléaires. La paroi de la trompe montre une infiltration de cellules végétantes d'origine épithéliale probable. Des coupes pratiquées au niveau du corps de l'utérus montrent l'intégrité des tissus de cet organe.

Il s'agit sans doute d'un cancer épithélial de la trompe, qui

a pris son point de départ sur les tissus de la trompe et sur lesquels est venue se surajouter l'infection. Nous n'avons pu avoir de renseignements sur l'évolution ultérieure.

*
* *

OBSERVATION VI

(In thèse FAVREAU, 1923.)

Femme de 54 ans, réglée à 15 ans, règles abondantes, un peu longues (huit jours) et douloureuses. Mariée à 22 ans, la malade fit deux fausses couches de deux mois, puis eut trois accouchements à terme, un accouchement provoqué pour placenta prævia et enfin trois fausses couches de trois et quatre mois.

A partir de 1916, les règles s'espacent, n'apparaissent que tous les deux ou trois mois, mais durent dix à quinze jours et cessent complètement depuis novembre 1921.

Dans ces dernières années, la malade a eu des pertes blanc jaunâtre, qui, depuis deux mois environ, sont devenues fétides. Elle accuse également des douleurs lombaires et des douleurs dans le bassin avec irradiations dans les cuisses.

Glycosurie marquée.

Le toucher fait percevoir un col utérin volumineux avec un cos déjeté à gauche. Le cul-de-sac droit est élargi et très résistant. On y perçoit une masse dure, rénitente, du volume d'une petite mandarine et assez régulière. A gauche, la trompe est perceptible, un peu douloureuse.

On diagnostique un pyosalpinx droit.

La malade suivait un traitement pour son diabète, quand elle se plaint de douleurs vives dans le ventre avec maximum dans la fosse iliaque droite, sans élévation thermique. Brusquement, dans le courant de la nuit, elle ressent une douleur très violente. Au matin, la fosse iliaque droite est douloureuse, il y a de la défense, le ventre est ballonné. On décide d'intervenir.

Intervention : Laparatomie sous-ombilicale médiane sous-anesthésie au mélange de Schleich. Le péritoine est un peu con-

gestionné; la trompe droite est distendue, piriforme à grosse extrémité; on note qu'il existe un peu de pus et des exsudats fibrineux assez importants. On soulève cette trompe qui n'est nullement adhérente et on peut appliquer des clamps sur le pédicule ligamentaire et sur l'isthme; la trompe est enlevée avec deux petites masses ganglionnaires. La trompe gauche a quelques adhérences avec le côlon, elle est un peu dure.

Hystérectomie totale avec drainage abdominal et vaginal; l'étude anatomo-histo-pathologique a révélé ce qui suit :

La trompe, dans sa partie extra-utérine mesure en longueur douze centimètres; sa forme générale, lisse, sans ondulation, rappelle celle d'une masse piriforme, coudée presque à angle droit, à environ deux centimètres de l'utérus; son diamètre va en augmentant à peu près régulièrement de l'insertion utérine où il mesure un centimètre jusqu'au pavillon où il a cinq centimètres. La couleur générale de la trompe est rose vif avec réseau vasculaire très apparent.

La région du pavillon est très altérée ; le pavillon, à proprement parler, avec ses franges, n'existe plus et se trouve remplacé par une large cicatrice oblitérante blanc nacré, où l'on n'aperçoit plus aucun pertuis.

L'ovaire est dur, scléreux, mais sain.

Hydatide de Morgagni normale, remplie d'un liquide transparent et rattachée au pavillon par un très fin et très long pédicule.

*
**

OBSERVATION VII

(FAVREAU. Thèse de Paris, 1924.)

M^{me} F..., 53 ans, entre à l'hôpital Broca dans le service de M. le professeur J.-L. Faure, le 8 février 1922, pour pertes séro-sanguinolentes accompagnées de douleurs abdominales. Cette femme, antérieurement bien réglée, a eu trois accouchements normaux il y a une vingtaine d'années. Pas de fausses couches, ni de maladies qui s'observent. Ménopause à 49 ans. Depuis cinq à six mois, elle a vu survenir un écoulement inter-

mittent rappelant les règles, mais plus irrégulières. Les pertes, d'abord rosées, devinrent dans la suite roussâtres et de mauvaise odeur. Elle souffre de plus d'une douleur sourde dans le bas-ventre et cette douleur très irrégulière présente des acerbations qui durent de deux à trois jours. Elle accuse également quelques douleurs permanentes de la colonne lombaire. L'état général est assez satisfaisant, la malade cependant maigrit très sensiblement.

A son entrée à l'hôpital, l'examen montre un col normal sans aucune ulcération suspecte. Il est mou et l'orifice largement ouvert. Le corps utérin est un peu volumineux, sans bosselure, et de consistance apparemment normale. Les deux culs-de-sac latéraux du vagin paraissent légèrement empâtés sans que l'on puisse percevoir de tuméfaction notable. Cependant, à droite, l'empâtement remonte assez haut vers la fosse iliaque, où il existe un maximum très net de douleur provoquée. C'est d'ailleurs aussi la région des crises douloureuses accusées par la malade. Pas de fièvre.

On porte le diagnostic de cancer du corps utérin en raison des pertes sanguinolentes et de l'augmentation de volume de l'utérus. On porte aussi le diagnostic d'appendicite concomitante en raison de l'empâtement douloureux qui remonte jusqu'à la fosse iliaque droite.

Opération le 14 février 1932. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Hystérectomie subtotale complétée par un large évide-
ment du col.

La malade sort de l'hôpital un mois après, opératoirement guérie.

Anatomie pathologique :

1° La trompe droite fendue présente à sa face interne une tumeur végétante débordant en dehors;

2° Envahissement néoplasique de l'appendice par contact en dehors;

3° Greffe endo-utérine au voisinage de la corne droite.

Au point de vue histologique, il s'agit d'un adéno-carcinome. Toutes les localisations présentent une structure identique.

La malade sortie de l'hôpital ne donna pas de ses nouvelles pendant cinq mois; elle revient à nouveau le 7 octobre 1932.

Les douleurs abdominales sont réapparues au bout de quelques semaines après l'opération; le ventre s'est légèrement ballonné, la constipation est opiniâtre. Pas de pertes.

L'examen montre un empâtement profond du petit bassin et de la fosse iliaque droite.

Deuxième opération le 9 octobre 1922 par le docteur Mossé.

Devant l'étendue des lésions, le péritoine et l'intestin sont semés de nombreuses métastases cancéreuses. On referme sans rien toucher.

La malade sort de l'hôpital le 29 octobre 1932. Aux dernières nouvelles, mai 1923, la malade est dans le même état.

*
* *

OBSERVATION VIII

Carcinome de la trompe droite perceptible au palper abdominal.
(*Bull. of the Jdin Hopkins Hospital*, t. 22, janvier 1911, p. 205.)

Il s'agit d'une femme de 46 ans, réglée très irrégulièrement et très abondamment, depuis deux à trois mois, et ayant depuis un an des pertes blanches profuses et fétides. Elle a ressenti, il y a deux ans, une douleur violente, une sorte de crampe dans la fosse iliaque droite, douleur qu'elle attribue à une appendicite. Depuis un an, les douleurs existent à droite et à gauche et irradient dans les membres inférieurs qui sont œdématiés.

Opération le 14 mai par Kelly. Ablation de l'utérus et des annexes. Pas de ganglions ni de métastase péritonéale. L'examen anatomique des pièces montra que l'utérus était atrophié et que la trompe droite, contournée sur elle-même, formait une tumeur de 14 cm. de long sur 12 cm. de large et 10 cm. d'épaisseur.

A la coupe, la cavité tubaire était remplie par une tumeur arborescente, naissant de toutes la paroi de la trompe. La trompe gauche, moins volumineuse, contenait une tumeur identique.

Au microscope, les tumeurs des deux trompes étaient constituées, en certains points, par des prolongements arborescents recouverts d'un épithélium cylindrique très haut, très régu-

lier, disposé en plusieurs couches; en d'autres points, par des placards où l'épithélium prolifère avait l'apparence de glandes.

Il s'agit d'un cancer caractérisé par ses formations adénomateuses et papillaires et par sa marche lente.

La malade, revue le 30 septembre 1910, au bout de trois ans et quatre mois, a récidivé. On sent dans l'abdomen une grosse tumeur, mais l'état général est bon.

*
* *

OBSERVATION IX

(Germain BIAR. Thèse de Paris, 1924.)

Epithélioma primitif bilatéral des oviductes.

G..., 22 ans, entre à l'hôpital pour douleurs dans le bas-ventre. Réglée à 15 ans, normalement. Mariée à 21 ans. Un avortement en octobre 1913. Curetage pour rétention. Depuis, pertes blanches, pas de métrorragies. Les règles sont devenues plus abondantes. Depuis son avortement, la malade a souffert du bas-ventre, mais depuis un mois, les douleurs deviennent de plus en plus vives, lancinantes, irradiant dans la région sacrée.

Examen : Réveille la douleur. Utérus de volume normal, col ouvert non ulcéré. On décèle une petite masse annexielle du volume d'une grosse prune dans chaque cul-de-sac latéral.

Diagnostic : Salpingite double.

Opération le 19 mai 1914. Les suites furent simples et la malade sort guérie le 10 juin 1914.

Anatomie pathologique : A la coupe, les deux trompes contiennent la valeur d'une cuiller à café de pus, mais, de plus, présentent des arborisations à type papillomateux qui envahissent la lumière tubaire.

Histologie : La muqueuse tubaire est le siège d'une prolifération à type papillomateux qui envahit la cavité et s'enfonce également dans la musculuse. Il s'agit manifestement d'une prolifération épithéliale maligne à point de départ de la muqueuse tubaire, qui, soit dans les prolongements qu'elle envoie entre les fibres musculaires, soit dans les arborisations qui pous-

sent librement dans la lumière, se présente sous la forme papillaire. Mitoses nombreuses.

Ce cas est intéressant : En raison du jeune âge de la malade (22 ans), de la bilatéralité des lésions et de l'apparition de cette tumeur sur une lésion salpingienne inflammatoire.

Pas de nouvelles de la malade depuis l'opération.

*
* *

OBSERVATION X

Cas de BAISCH (*Zent. f. gyn.* 1909, p. 976.)

Femme de 47 ans. Régulièrement réglée jusqu'à 44 ans, date où elles deviennent irrégulières; très abondantes, elles durent huit jours et il en est ainsi depuis deux ans.

Opération : Hystérectomie et double oophoro-salpingectomie. Il y avait un kyste ovarien intra-ligamentaire du côté gauche. Le contenu fut évacué et, pendant la libération des adhérences pelviennes, la trompe gauche cancéreuse se rompit. Pas de métastases à l'opération.

Examen microscopique : Cancer primitif. Forme alvéolo-papillaire avec kyste tubo-ovarien. Métastases dans l'utérus et l'ovaire. Onze mois plus tard, deuxième intervention pour récidives dans la paroi abdominale, à gauche de la ligne médiane. Rien dans la cavité péritonéale.

Ce cas est intéressant à deux points de vue :

1° Coexistence d'un cancer primitif de la trompe et d'un kyste ovarien;

2° La métastase cancéreuse dans la paroi abdominale, au niveau de la cicatrice opératoire.

Un problème, plein d'intérêt, se pose dans ce dernier cas :

1° Est-ce une métastase cancéreuse par voie lymphatique ?

2° N'est-ce pas plutôt une implantation de cellules cancéreuses dans la cicatrice abdominale au cours de l'opération ?

Les deux hypothèses peuvent se soutenir. Contre la première, l'on peut objecter la rareté des métastases lymphatiques dans

la paroi abdominale antérieure, ce qui s'explique par la distance de la tumeur primitive et surtout les rapports compliqués des lymphatiques.

Mais on peut répondre qu'une cicatrice est un endroit de prédilection pour les métastases lymphatiques et que d'autre part, il n'a jamais été fourni de preuve anatomique qui permette de nier la métastase par voie lymphatique.

Le problème reste donc entier et ne saurait être résolu affirmativement ni dans un sens, ni dans l'autre.



OBSERVATION XI

(In thèse FAVREAU, 1924.)

A. S..., 44 ans, cancer de la trompe gauche. Myome utérin. Cancer généralisé au péritoine.

Antécédents : Règles régulières jusque il y a dix-huit mois. Depuis six mois, exagération des règles, apparaissant parfois deux fois par mois, avec de petits caillots. Lencorrhée profuse depuis un an, sept enfants, une fausse couche.

Depuis deux mois, douleurs lancinantes dans la partie inférieure de l'abdomen, localisées surtout à gauche, irradiant dans le bassin. Elles sont plus intenses depuis un mois. Miction douloureuse depuis lors et pollakiurie, par moments, toutes les cinq minutes.

Maigrissement de vingt livres.

Opération : Hystéro-myomectomie. Double salpingo-oophorectomie.

Examen : Ecoulement sanguinolent, col ulcéré. Utérus doublé de volume, peu mobile. La trompe gauche et l'ovaire, confondus dans une même masse inflammatoire de la grosseur du poing. La trompe et l'ovaire droits sont légèrement adhérents.

Digagnostic : Myome utérin, inflammation pelvienne chronique.

Evolution : Six semaines après l'opération, récurrence. Mort six mois après.

Examen macroscopique :: La trompe gauche est distendue et arrondie, l'ostium abdominal fermé.

A la coupe, la lumière est remplie par une tumeur ramifiée, granuleuse.

L'épiploon est envahi.

Examen microscopique : La paroi interne de la trompe est l'origine d'une tumeur irrégulière, ramifiée. La musculature est épaissie et par places envahie par la tumeur. La lumière est partiellement remplie par la masse tumorale et des débris.

Les cellules épithéliales sont cylindriques, à une seule couche. Infiltration leucocytaire, surtout dans la couche musculaire. Même disposition dans les métastases épiploïques et dans les nodules du ligament large.

Cette observation ne nous offre à considérer aucun caractère clinique ou anatomo-pathologique nouveau. Mais un fait intéressant à noter : la rapidité d'évolution du cancer tubaire.

Dans ce cas, la maladie a évolué en deux ans, la récurrence survenant six semaines après l'opération.

En résumé, l'on peut dire que les résultats thérapeutiques sont étroitement subordonnés au diagnostic et à l'intervention précoces d'une part et aux opérations larges d'autre part.

*
**

OBSERVATION XII

SCHAFER (*Zentr. f. gyn.*, 1923, n° 9, p. 357-362.)

Deux tumeurs rares de la trompe : Myome et carcinome.

Femme de 56 ans. vient pour être opérée d'un volumineux myome.

Déjà, en 1916, on avait fait le diagnostic, mais l'opération fut refusée.

Comme les troubles (hémorragies, sensation de pression, constipation) se sont exagérés, on fait, en 1919, de la radiothérapie : deux séances de six heures de röntgentherapie et une fois avant et après, de la radiumthérapie.

Au début, les troubles disparaissent, les hémorragies cessent et c'est seulement un an et demi après qu'elles réapparaissent plus fortes que jamais. En avril 1921, elle revient pour se faire opérer.

La patiente paraissait anémiée et amaigrie, se plaignant de douleurs continues et de pesanteur dans le bas-ventre, de constipation opiniâtre et de perte de l'appétit. Les hémorragies, par contre, étaient moins marquées, intermittentes.

L'examen externe et interne révèle une tumeur en forme de ballon, solide, immobile, siégeant en partie dans le Douglas. Par le toucher rectal, on perçoit, en outre des deux côtés du bassin, des prolongements partant de la tumeur.

Opération : Laparatomie médiane. Myome du volume d'une tête d'homme. De chaque côté du myome, les trompes ont l'aspect d'un saucisson. Elles sont fixées, de consistance ferme. Pas de métastases. Pas de ganglions.

L'évolution fut normale. En 1923, elle revient. Depuis l'opération, elle a grossi de dix livres et ne présente aucun trouble. L'examen interne ne révèle rien d'anormal.

- Le caractère de la tumeur est celui d'un carcinome à structure alvéolaire. L'occlusion des ostia, sur lesquels on ne voyait aucune frange, confirme que, dans ce cas, il y avait eu préalablement des processus inflammatoires dans les deux trompes et sur ce terrain s'est développé le carcinome.

Un fait particulièrement intéressant est à noter : c'est que, malgré l'extension considérable et le caractère alvéolaire malin de la tumeur, la malade ne présente plus de troubles, ait engraisé et ait recouvré sa santé d'autrefois. Ce résultat favorable semble dû à l'action des rayons X et de la radiumthérapie.



ETIOLOGIE

Si, comme tous les cancers, celui de la trompe, trouve son origine dans des causes multiples et spécifiques dont nous ignorons le mécanisme intime, il n'est cependant pas douteux que, comme eux, son apparition et son développement peuvent être influencés par un certain nombre de conditions que l'observation et l'expérience cliniques nous ont appris à connaître.

La constatation courante de faits identiques dans bon nombre de cas semble établir un lien de cause à effet entre ce cancer et ces mêmes causes prédisposantes que nous allons maintenant examiner.

Age et ménopause.

Suivant la loi générale d'apparition des tumeurs, la plupart des cancers tubaires, les quatre cinquième environ, s'observent entre 40 et 60 ans, avec prédominance des cas entre 40 et 50 ans. C'est donc au voisinage de la ménopause qu'ils sont les plus fréquents, sans toutefois pouvoir établir une relation causale entre cette dernière et les tumeurs.

Antécédents obstétricaux et gynécologiques

Beaucoup de femmes atteintes de cancer tubaire ont eu des enfants. Germain Biar rapporte que, sur 80 cas de cancer

tubaire observés, 40 malades ont accouché et 15 autres ont eu des avortements.

En ce qui concerne l'influence des lésions inflammatoires chroniques, les avis sont très partagés.

Paur Saünger et Barth, le cancer tubaire se développerait toujours sur un terrain chroniquement enflammé.

La salpingite serait pour eux non seulement la cause prépondérante, mais la seule réelle que l'on trouverait à l'origine.

Pour d'autres, comme Quénu et Louguet, cette origine inflammatoire ne serait pas unique et dans bien des cas la constatation d'une salpingite n'aurait que peu de valeur, car, disent-ils, elle peut être parfois secondaire au cancer, provenant de l'infection des masses néoplasiques.

Il faudrait prendre seules en considération les observations dans lesquelles l'annexite précéderait d'un temps très long l'éclosion des dégénérescences épithéliales.

D'autres, enfin, ne font jouer qu'un rôle indirect à l'inflammation (Eberth, Kaltenbach). Pour ceux-ci, elle donnerait naissance à des néoformations bénignes, à des papillomes bénins, qui, par dégénérescence, se transformeraient en tumeur maligne.

Toutes ces théories semblent contenir une part de vérité. Aussi pouvons-nous dire qu'au niveau de la trompe, comme en maints autres points de l'organisme, les lésions inflammatoires chroniques préalables font le lit du cancer, favorisent son développement si elles ne le créent pas.

A côté de ces causes prédisposantes, mais rarement génératrices de cancer tubaire, il en est une, extrêmement peu fréquente, il est vrai, qui tient le premier plan dans la genèse d'une tumeur très maligne : le chorio-épithéliome

Dans certains cas, en effet, l'œuf au lieu de se fixer dans l'utérus, comme c'est la règle, peut s'immobiliser au niveau des trompes, y croître et donner une grossesse tubaire. L'œuf ainsi situé, se développe jusqu'à ce qu'il y ait avortement ou rupture tubaires.

Quoiqu'il en soit, étant donnée la faible musculature de la

trompe d'une part, et l'insuffisance de l'écoulement lochial de l'autre, il arrive très souvent que des débris placentaires, des villosités choriales soient retenus dans son intérieur. Un phénomène pathologique, identique à celui qu'on observe dans l'utérus dans des conditions semblables, va se produire ici : les éléments anatomiques emprisonnés vont être le point de départ d'une tumeur à évolution rapide et d'une gravité exceptionnelle, le chorio-épithéliome ou déciduome malin, donnant des métastases précoces et multiples.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le diagnostic clinique de cancer tubaire présente des difficultés presque toujours insurmontables et, dans la pratique, n'est porté qu'exceptionnellement. Aussi, l'étude anatomo-pathologique de cet organe présente-t-elle une importance capitale. Dans bien des cas, en effet, ce n'est qu'après des examens macroscopiques et microscopiques des pièces opératoires qu'on a pu établir que ce que l'on avait pris pour une salpingite n'était en réalité qu'un cancer.

L'étude macroscopique d'une part, et l'examen microscopique au laboratoire d'autre part, des lésions tubaires sont actuellement les deux seuls moyens précis dont nous disposons pour porter le diagnostic de cancer des trompes.

Etude macroscopique.

L'affection généralement unilatérale peut être bilatérale dans un tiers des cas environ, d'après les statistiques.

La tumeur siège, de préférence, au niveau de l'extrémité ampullaire de la trompe, qui offre alors un renflement cylindrique dont le volume varie de celui d'une amande à celui d'une tête de fœtus. Elle occupe le petit bassin et ne se développe que rarement dans l'abdomen. Suivant le degré d'évolution, elle présente des adhérences plus ou moins étroites avec les organes voisins : ovaires, utérus, rectum et péritoine.

Dans certains cas, le tout ne forme qu'une seule masse bloquée dans le bassin.

La tumeur, en forme de saucisson ou de fuseau, ne présente

extérieurement rien de particulier. Sa surface est généralement lisse et de coloration normale.

À l'ouverture on la voit remplie de liquide dont la quantité et la couleur sont très variables; claire parfois, le plus souvent roussâtre ou hémorragique. Il peut enfin dans certains cas être purulent.

Baignant dans ce liquide, on aperçoit le plus fréquemment une masse d'aspect papillaire formée de végétations arborescentes. Ces dernières ont une base d'implantation ténue, sont indépendantes les unes des autres et ne se confondent entre elles que dans le cas d'épithélioma avancé.

À côté de cette forme commune, il en existe une autre beaucoup plus rare. La tumeur massive, molle et friable, rappelle par sa consistance le carcinome encéphaloïde. Cette masse peut d'ailleurs, dans certains cas, voisiner avec des formations papillomateuses.

I. — Histologie.

De nombreuses classifications ont été proposées par les auteurs, cependant il semble qu'ils s'accordent à distinguer, à l'heure actuelle, au point de vue histologique, trois variétés :

1° L'épithélioma à type papillaire.

2° L'épithélioma à type carcinomateux, c'est le carcinome tubaire.

3° Le chorio-épithéliome.

La tumeur est constituée de papilles dont l'axe conjonctivo-vasculaire est revêtu d'une ou plusieurs couches d'éléments cellulaires. Les cellules cubiques ou polygonales ont perdu pour la plupart leurs cils vibratils et présentent des mitoses anarchiques, signe probant de leur malignité.

Elles n'offrent pas la régularité que l'on observe dans le papillome bénin, mais constituent des groupements, des boyaux cellulaires à contours irréguliers, donnant aux coupes un aspect glandulaire.

Voici la description qu'en font Bazy et A. Peyron (*Atlas du Cancer*, janvier 1923) :

« L'épithélioma tubaire revêt presque toujours la forme papillaire. C'est un papillome malin. La muqueuse tubaire est hérissée d'énormes saillies papillaires, soutenues par une très mince charpente conjonctivo-vasculaire. L'épithélium est irrégulièrement réparti dans l'épaisseur de ces villosités monstrueuses. Il perd son caractère d'épithélium cylindrique, à cils vibratils, et se présente sous forme de cellules cubiques, polygonales, en forme de raquette. »

II. — Le carcinome tubaire.

Les éléments cellulaires sont groupés sans ordre, tassés les uns sur les autres; leur forme est essentiellement variable. Le tissu conjonctif, inégalement réparti, apparaît sous forme de travées fibrillaires, circonscrivant des îlots épithéliaux.

La disposition alvéolaire des cellules s'observe ici comme dans le carcinome du sein.

Des foyers de nécrose s'observent par endroits.

III. — Le chorio-épithéliome, ou carcinome placentaire.

« Le tissu de la tumeur est caractérisé par l'enchevêtrement au milieu d'amas de sang, de deux séries d'éléments, les uns foncés, masses plasmodiales, qui se présentent sous forme de longues plaques protoplasmiques acidophiles, contenant un grand nombre de noyaux riches en chromatine; les autres claires, cellules de Langhans, remarquables au contraire par leur transparence, leur forme arrondie ou polygonale, et un seul noyau.

Ces cellules plasmodiales présentent trois propriétés fondamentales :

a) Intensité des mouvements amiboïdes.

b) Action destructive sur les fibres musculaires.

c) Affinité pour les vaisseaux sanguins et lymphatiques. »

Tandis que les deux premières formes de cancer tubaire présentent la particularité de se propager par extension directe surtout, envahissant progressivement les organes du voisinage : utérus, ovaires, trompes, péritoine, etc.

Le chorio-épithéliome, au contraire, étant donné l'affinité particulière de ses cellules plasmodiales pour les vaisseaux et les lymphatiques, donne à bref délai, des métastases précoces et multiples dans les organes proches et lointains. Forme extrêmement rare; son diagnostic est généralement facilité par les antécédents obstétricaux de la malade. Même opéré au début, les cas de guérison sont inexistants, la mort survenant brusquement par généralisation cancéreuse. Il offre donc, tant au point de vue histologique qu'au point de vue évolutif, les mêmes caractères que le déciduome malin de l'utérus, dont il reconnaît d'ailleurs la même origine.

ETUDE CLINIQUE

Quénu et Longuet écrivaient en 1901 :

« Le tableau clinique du cancer de la trompe est si peu précis que dans aucun cas le diagnostic n'a été porté. »

Depuis cette date, nous devons le dire, le diagnostic a été fait quatre ou cinq fois, mais il n'en reste pas moins vrai que la symptomatologie est fort difficile à interpréter. Cela est dû en partie à ce fait que les signes du cancer tubaire ne sont point pathognomiques, mais se retrouvent au contraire dans presque toutes les maladies de la sphère génitale.

Nous allons étudier successivement les symptômes fonctionnels, puis physiques, aux différents stades d'évolution de l'affection.

Période de début.

Le début, insidieux, remonte à une époque qu'il est généralement difficile de fixer avec précision. La malade, dans la plupart des cas, vient consulter son médecin en se plaignant d'un écoulement vaginal séro-sanguinolent ou roussâtre, s'accompagnant le plus souvent de douleurs au niveau du bas-ventre. Parfois, à ces symptômes peut s'ajouter celui de l'existence d'une tumeur. Mais au début, c'est l'exception. Seuls l'écoulement et la douleur, associés ou non, peuvent à cette époque guider timidement un diagnostic.

Période d'état.

I. — Les douleurs prédominent par leur fréquence et leur intensité. Elles siègent de préférence dans le bas-ventre, les fosses iliaques, mais il n'est pas rare de les voir s'irradier soit dans les membres inférieurs, soit dans les lombes. Continues ou le plus souvent discontinues, apparaissant alors sous forme de crises préoxfitiques, elles présentent quelques caractères particuliers. Sourdes, gravatives dans certains cas, lancinantes dans d'autres, elles peuvent parfois simuler à s'y méprendre des coliques ou des crampes. L'exploration des culs-de-sac vaginaux les réveille fréquemment et les augmente.

II. — L'écoulement vaginal, variable dans sa coloration, dans sa quantité, est tantôt continu tantôt intermittent. Offrant dans certains cas un aspect aqueux, il est le plus souvent roussâtre, séro-sanguinolent; inodore parfois, il est fréquemment fétide.

Continu chez la grande majorité des malades; il est d'autres fois intermittent, s'accompagnant alors de douleurs extrêmement vives; c'est la « crise salpingienne intermittente » de Quénu. Elle est rarement unique, une série de crises successives se produit fréquemment dans ces cas.

A côté de ces symptômes fonctionnels principaux, on peut observer des ménorragies, d'abondance et de durée variables, dans certains cas, quinze jours; d'autres fois ce sont des métrorragies, continues ou intermittentes. Les règles généralement peu modifiées, peuvent dans certains cas être augmentées mais rarement diminuées. Le rythme menstruel souvent irrégulier, augmente un peu sa fréquence.

Les signes généraux, de peu d'importance, se manifestent à une période avancée du cancer sous forme d'amaigrissement et de lassitude, mais on ne doit les considérer que comme signes précurseurs de la cachexie cancéreuse.

Signes physiques.

Si l'existence d'une tumeur est la règle, il est assez rare qu'on puisse la délimiter exactement

Le palper abdominal ne fournit en général aucun renseignement, sauf dans les cas où le cancer tubaire très volumineux a un développement abdomino-pelvien.

Seul le toucher vaginal combiné au palper abdominal permet dans certains cas d'apprécier la forme, le siège et les rapports de la tumeur.

Comme point de repère, on doit rechercher l'utérus, se rendre compte s'il est fixe ou mobile, s'il est dévié ou en position normale, ceci fait, l'exploration méthodique des culs-de-sac permettra généralement de connaître les différents caractères de l'affection.

La tumeur dans certains cas, peut être indépendante, offrant une démarcation nette avec les organes du voisinage. Il est alors relativement facile de se renseigner sur son siège, sa forme et son volume.

D'habitude, située latéralement dans l'excavation pelvienne, elle peut dans d'autres cas plonger dans le cul-de-sac de Douglas, comme il arrive souvent dans la salpingite. Son volume, très variable, va depuis celui d'une mandarine à celui d'une tête d'adulte, son développement devenant alors abdominal. Sa forme arrondie, en fuseau parfois, offre une grande valeur diagnostique, lorsqu'elle affecte cette le « tumeur en saucisson. »

Mais le plus souvent la masse néoplasique est fixée par des adhérences cancéreuses et inflammatoires aux autres organes pelviens, le tout ne formant plus qu'un seul bloc fixé, comme coulé dans le bassin.

Dans ces cas de « Carcinomatore pelvienne » dont l'observation n° 1 est le type, seuls la laparatomie et l'examen microscopique des pièces opératoires permettent de porter un diagnostic précis.

Les erreurs de diagnostic sont la règle dans le cancer des trompes; sur les douze observations que nous relatons, nous constatons que le cancer ne fut jamais mis en cause.

Cette affection offre en effet des types cliniques très variés, simulant par leur symptomatologie un peu spéciale les différentes maladies de la sphère génitale.

Il est souvent confondu avec les tumeurs de l'ovaire, avec la salpingite, avec la pelvi-péritonite; dans d'autres cas c'est avec le cancer du corps de l'utérus ou une tumeur du ligament large, que le clinicien commet une erreur.

Quels sont les éléments sur lesquels peut s'appuyer son diagnostic ?

En premier lieu l'âge doit entrer en considération : fréquence relative du cancer tubaire entre 40 et 50 ans, au voisinage de la ménopause.

Les douleurs n'ont rien de spécifique, cependant leur accroissement rapide et progressif doit suggérer la possibilité d'une tumeur maligne.

L'écoulement vaginal doit être localisé. Une exploration méthodique de l'utérus, au besoin un curettage permet, s'il ne provient pas de celui-ci de le situer dans les oviductes.

Enfin la coexistence d'une tumeur fixée, en « forme de saucisson » nous autorisera à émettre dans certains cas un diagnostic probable.

Certains auteurs ont conseillé la ponction exploratrice, mais il ne semble pas qu'elle puisse être d'une grande utilité; en effet, pour simplifier les choses, il suffit alors de faire porter l'examen cytologique non sur le liquide recueilli par ponction, mais sur celui qui apparaît à la vulve. Dans un cas comme dans l'autre, il sera possible de découvrir des éléments tumoraux s'il en existe. D'autre part cette ponction n'est pas sans danger, s'il s'agit d'un pyosalpinx, elle peut provoquer par perforation une péritonite, si on se trouve en présence d'un cancer elle peut donner un « coup de fouet » à la tumeur et essaimer les cellules cancéreuses sur son trajet.

En résumé diagnostic très délicat à faire d'avec les salpingi-

les : Hydrosalpinx, Hématosalpinx, pyosalpinx, ces dernières s'accompagnent d'une élévation de température que l'on ne trouve pas dans le cancer tubaire, sauf dans les cas où une infection secondaire est venue s'y surajouter. D'autre part, les antécédents, souvent gonocociques de la malade, permettent de trancher le diagnostic.

Pour ce qui est du cancer du corps de l'utérus une exploration complète permettra de le déceler, en localisant les pertes sanieuses, en recherchant les modifications de forme, de volume, que subit cet organe dans une telle affection.

La confusion avec une pelvi-péritonite ne pourra être faite que dans les cas de cancer tubaire avancés. (Type observation n° 15.) A ce stade, en effet, la tumeur ayant envahi les tissus du voisinage, se présente comme une masse bloquée dans le bassin, s'accompagnant parfois des mêmes symptômes généraux que la pelvi-péritonite.

Mais il serait peut-être oiseux de s'appesantir longuement sur cette question de diagnostic, car, pratiquement, dans bien des cas, la symptomatologie sera si frustrée qu'ils ne pourront être reconnus. Aussi plutôt que de chercher à porter par la clinique un diagnostic qui sera toujours douteux et bien souvent une erreur, il est préférable, en présence d'une tumeur annexielle, de pratiquer une laparatomie suivie d'une ablation immédiate des lésions, car l'expectative devant un syndrome clinique incomplet rend illusoire le traitement tardif.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Le cancer tubaire offre une grande malignité. Son évolution lente dans certains cas (il y a des malades qui font remonter le début de leur affection à huit et dix ans), offre une rapidité déconcertante dans beaucoup d'autres.

Le chorio-épithéliome, par exemple, évolue en six mois — un an au maximum — se terminant presque toujours par la mort, quelle que soit l'époque où il est opéré. Les autres variétés (épithélioma-carcinome), sont moins malignes et se développent beaucoup moins rapidement, en moyenne de deux à quatre ans; de sorte que les interventions chirurgicales, non suivies de récidives, ne sont pas l'exception.

Cependant, nous devons dire que si, d'une façon générale, on prolonge de quelques années la vie des malades, il n'en reste pas moins vrai que les cas de guérison définitive sont assez rares. Mais ajoutons aussi que si le pronostic est fatal à plus ou moins brève échéance, le plus souvent, il pourrait être envisagé sereinement dans les cas — malheureusement trop rares — où l'intervention porterait au début même de l'évolution cancéreuse.

TRAITEMENT

Le traitement du cancer tubaire a largement bénéficié des progrès réalisés ces trente dernières années dans la thérapeutique des tumeurs, mais il n'en reste pas moins vrai que les résultats obtenus dans la plupart des cas sont décevants. On prolonge le plus souvent d'existence des malades de quelques années, mais on n'obtient que rarement des résultats positifs et durables. L'efficacité du traitement dans le cancer de la trompe, qui offre une malignité et une rapidité très grandes dans son évolution, est étroitement subordonnée à son diagnostic précoce. Or, comme celui-ci est très difficile à porter dans les cas de cancer au début, il semble qu'on doive pratiquer en présence de tumeurs annexielles douteuses, au voisinage de la ménopause, des interventions radicales.

Cette thérapeutique, dont la valeur est attestée par quelques bons résultats, n'a pas toujours été celle du cancer tubaire. C'est ainsi que Fonyo écrivait en 1913 :

« Il faut toujours pratiquer l'ablation des deux annexes, même si une seule est malade, parce que dans le cancer de la trompe les organes du côté opposé ont une tendance à l'évolution cancéreuse et parce que les deux trompes peuvent paraître saines alors qu'elles renferment déjà le germe carcinomateux. »

Cette opération large pour l'époque paraîtrait aujourd'hui bien parcimonieuse. De nos jours, la salpingectomie seule n'est plus pratiquée,

Cependant, dès 1921, une connaissance plus approfondie de l'évolution et de la propagation du cancer, permettait à Kronig d'écrire dans « Operative gynakologie » :

« Il faut pratiquer, au cours de la laparatomie, la méthode de « Wertheim », c'est-à-dire extirper les deux ovaires, les trompes, l'utérus avec la plus grande partie du ligament large et réséquer le paramètre et l'appareil lymphatique attenant. »

De nos jours, la thérapeutique chirurgicale est à peu près la même que celle décrite plus haut par Kronig. On pratique une hystérectomie totale, complétée par une large exérèse du péritoine pelvien, avec ablation des ganglions rétro-péritoneaux perceptibles. Mais, venant consolider en quelque sorte les résultats du traitement chirurgical, deux nouvelles méthodes thérapeutiques sont venues s'ajouter à cette dernière : la Radiumthérapie et la Roentgenthérapie. Sans doute n'étaient-elles pas inconnues à cette époque, mais leur application pratique — très difficile dans les cas de cancer tubaire en particulier — loin d'avoir atteint le degré de perfection actuel, laissait encore beaucoup à désirer, donnant plus de déboires que de satisfactions.

A l'heure actuelle, la radiothérapie post-opératoire doit être employée dans tous les cas, et, plus particulièrement, dans ceux très avancés, où il est à craindre que des foyers cancéreux ne soient demeurés dans le bassin. Une ou plusieurs séances donnerait généralement de bons résultats, surtout lorsque les lésions, bien vues, bien définies, pourront être soumises aux rayons X dans de bonnes conditions et non à l'aveugle. D'autre part, la radiothérapie sera d'un précieux concours dans les cas désespérés, où le traitement chirurgical serait illusoire.

La Radiumthérapie, dans le cancer tubaire, n'offre pas les mêmes avantages que les rayons X. Les résultats obtenus sont souvent négatifs ou insuffisants; cela provient de la trop grande distance qui sépare les tubes radifères de la lésion. D'autre part, c'est un fait d'expérience courante que le radium ait

peu d'action sur les néoplasmes à grande malignité, comme ceux qui nous occupent.

En résumé, l'hystérectomie totale avec exérèse du péritoine pelvien et des ganglions correspondants perceptibles s'impose et semble être l'opération de choix, mais elle devra être suivie, dans tous les cas ou presque, d'une ou plusieurs applications de radiothérapie profonde.

CONCLUSIONS

I. — Affection extrêmement rare, le cancer primitif de la trompe, unilatéral le plus souvent, bilatéral dans un tiers des cas environ, s'observe surtout entre quarante et cinquante ans. Au voisinage de la ménopause chez des malades ayant des antécédents obstétricaux et gynécologiques.

II. — La genèse du cancer tubaire est encore obscure, comme celle de tous les cancers. Cependant, la bilatéralité fréquente de ces tumeurs et la présence dans les antécédents de lésions inflammatoires nous font penser à une origine irritative possible. En ce qui concerne le chorio-épithéliome, variété exceptionnelle, nous savons qu'il naît aux dépens de débris placentaires anormalement insérés dans la trompe.

III. — Cliniquement, la symptomatologie essentiellement protéiforme du cancer tubaire n'offre rien de caractéristique. Elle présente souvent, en effet, des similitudes frappantes avec celle de la salpingite, du cancer du corps de l'utérus, ou des tumeurs de l'ovaire, toutes affections avec lesquelles il est fréquemment confondu. Peut-être cependant la triade symptomatique suivante :

Tumeur élastique, rénitente, en forme de saucisson;

Douleurs à accroissement rapide;

Ecoulement vaginal séro-sanguinolent pourrait, en tenant compte de l'âge de la malade et de son passé gynécologique aiguiller un diagnostic hésitant.

IV. — Au point de vue histologique, le cancer tubaire se présente sous trois formes principales.

Par ordre de fréquence :

1° L'épithélioma à type papillaire;

2° Le carcinome tubaire;

3° Le chorio-épithéliome.

La première variété histologique s'observe dans les neuf-dixième des cas, contrairement au chorio-épithéliome, qui est de beaucoup le plus rare, mais aussi le plus malin.

V. — Le cancer tubaire offre une grande malignité tant par l'envahissement rapide des organes de la sphère génitale que par les métastases à distance, multiples et précoces. Aussi peut-on dire que les résultats thérapeutiques sont étroitement subordonnés au diagnostic précoce et à l'ablation radicale de ces tumeurs. Si de telles conditions étaient réalisées, le pronostic trop souvent fatal pourrait alors être envisagé favorablement.

VI. — La thérapeutique du cancer tubaire n'offre rien de particulier; elle est la même que celle des autres tumeurs. Si l'on veut obtenir des résultats positifs et durables, il faut, ici comme partout ailleurs, faire des interventions larges et précoces. Ne pas hésiter à pratiquer une hystérectomie totale (avec ablation des ganglions rétro-péritonéaux perceptibles) à reséquer largement le péritoine pelvien et dans presque tous les cas, à venir en aide au chirurgien par une ou plusieurs applications de radiothérapie profonde.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

VU : *Le Doyen :* J. GUYOT.

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER,

BIBLIOGRAPHIE

Pour les références antérieures à 1911, nous prions le lecteur de bien vouloir se rapporter à la thèse d'Aduze-Acher (Toulouse, 1911), où 114 cas sont publiés:

BONTEMPS (Henri). — Adéno-myome de la trompe utérine. Thèse de Paris, 1919-1920, n° 298.

BAZY et PEYRON (A.). — *Atlas du cancer*. Deuxième fascicule, juin 1923.

COVORRUBIAS et ALBERTZ. — *Bulletin de la Société de chirurgie* du Chili, 4 : 188-191, 10 novembre 1926.

BARROWS D.-N.). — Cancer primary with rapport of three cases. *Am. J. obst. et gynec.*, 13 : 710-719, juin 1927.

ENGELKENS. — Cancer primary; case. *Mederl Tijdschr*, 1 : 470-473, janvier 1927.

LE BALLE et PATAY (R.). — *Gynec. et obst.*, 286-303, 19 avril 1929.

WHARTON et KROCK. — Cancer primary. Series of, 14 cases. *Arch. Surg.*, 19 : 848-870, novembre 1929.

SOUBEIRAN. — Cancer primaire de la trompe, 1 cas. *Gynecologie*, 30 : 525-537, septembre 1931.

GALLAGHER. — Cancer primary carcinoma. *J. Missouri, M. A.*, 37 : 490-505, octobre 1930.

FERGUSON. — Nunsual case of epidermoïd carcimona of uterus and Fallopian tubes. *New-England, Journal Medical*, 1359-1362, juin 1931.

STEIN. — Primory choriocarcinoma, with report of case. *Am. J. obst. and gynec.*, 23 : 416-421, mars 1932.

- GUPTA. — Primary papillary carcinoma. *Obst. et gynec. british Empire*, janvier 1932.
- COTTE. — Présentation de pièce d'un cancer primitif de la trompe. *Lyon Médical*, mai-juin 1932.
- JAHKOLA. — Cancer primary; 2 cases permanently Cured. *Acta Soc. Med. genu. duodecim*, 16 : 1-17, janvier 1932.
- KREKELER. — Contribution à la clinique et à la pathologie du cancer primitif de la trompe. *Archiv. für gynakologie*, tome CXLVIII, fasc. I, 271-286, janvier 1932.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Observations	11
Etiologie.....	27
Anatomie Pathologique	31
Etude Clinique	35
Evolution et Pronostic.....	41
Traitement	43
Conclusions	47
Bibliographie	49

